

O Clínico e a Prevenção em Seropositivos

ÂNGELA VILA-REAL (*)

Quando iniciei o meu trabalho com seropositivos para o vírus da SIDA as preocupações que apareciam como dominantes ao nível da população em geral ou mesmo entre os profissionais de saúde relacionavam-se fundamentalmente com o perigo de contágio da população sã. Preocupação natural se pensarmos que se trata de uma afecção que conduz à morte e que os profissionais de saúde se orientaram para a cura. Para isso se formaram.

No entanto, a sua preocupação tem outras motivações mais profundas e difíceis de destrinçar e que sempre se revelam na inquietude com que cuidam destes doentes e na dedicação que lhes devotam. A inquietude dos médicos condu-lo-los muitas vezes a pedir o auxílio de psicólogos, convencidos frequentemente de que estes lidarão com os seropositivos dum modo mais fácil e poderão falar de coisas que eles preferem calar por razões várias. Mas este pedido de auxílio é também complexo e ambíguo. Pretende-se que o psicólogo, pelos seus meios, consiga convencer o seropositivo, não só a tratar-se, colaborando assim com o médico, mas também a fazer algumas restrições na sua vida que o conduzam a não infectar os outros, a não se reinfectar e a lutar com o médico contra a morte e até contra o desregramento sexual. Além disso, a um nível mais latente pretende-se que o psicólogo se disponha a servir de depositário das angústias do doente. Para que elas não perturbem o trabalho do médico? Para que o paciente não desespere e assim

desista de se tratar? Ambas as coisas, sem dúvida. Mas também para que a sobrecarga suportada pelo médico não seja tão grande. Evidentemente que isto é vantajoso para o médico como para o doente. No entanto há uma reflexão que deve ser feita principalmente porque os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros ou psicólogos) sendo de importância fulcral no tratamento e também no estancamento do contágio, podem eventualmente, sem se aperceberem, provocar por parte do doente atitudes contrárias aos seus objectivos.

Com isto não pretendo criticar o trabalho de quaisquer profissionais de saúde que de um modo geral, dão provas de grande dedicação. Pretendo apenas salientar que qualquer projecto de prevenção tem de ter em conta, não só a população à qual se dirige (neste caso, seropositivos e populações de risco) mas também as capacidades e limitações dos técnicos que com ela trabalham.

Através do meu trabalho como psicóloga clínica pude compreender, não só o que aflige os pacientes seropositivos ou portadores de SIDA mas também o que aflige e perturba um clínico, no contacto com estes pacientes.

O momento do diagnóstico é importante a vários níveis. Por isso tem de ser revelado cuidadosamente assim como as suas implicações. É necessário que o doente tenha cuidado consigo próprio e com os outros. No entanto verifica-se por vezes que o doente depois de ter recebido o diagnóstico o ignora. A revelação, pelas suas implicações, é de tal modo traumática, que desencadeia de forma maciça mecanismos de ne-

(*) Assistente, ISPA.

gação. O doente continua então a fazer a sua vida habitual, infectando as pessoas com quem contacta. Felizmente, nem sempre assim acontece e devo acrescentar, que o número de casos que observei em que tal atitude se verificou foi diminuto. Mas nem por isso devemos ignorá-los. Estes como outros exemplos permitem-nos reflectir sobre a importância do momento do diagnóstico.

É evidente que não está em causa apenas o modo como é dado o diagnóstico. As características da personalidade do doente são também determinantes, assim como a informação prévia sobre a infecção, que na maior parte das vezes é apenas a veiculada pelos órgãos de comunicação social.

De qualquer modo, a revelação é sempre traumática. «O Dr. disse-me: 'Tu és seropositivo'. 'Eu pensei em me matar' ou então 'Eu pensei que iria morrer logo no mês seguinte'. Ou ainda: 'Preferia não saber' ou 'Quando soube o diagnóstico não me senti muito bem. Não sabia o que pensar. Fiquei confuso. Porque eles também não nos ajudam muito naquela altura. Eles põem a questão muito em termos de... Não se preocupe, continue a sua vida normal. Só tem de ter cuidado em usar preservativos e quando se cortar e por aí fora. Não tenha problemas. Eles põem a coisa assim muito simples mas na verdade não é. Eu senti-me muito desamparado»

Como dar então o diagnóstico? Tarefa espinhosa.

Como quer que ele seja revelado há sempre a possibilidade de provocar por parte do doente uma atitude de rejeição que se dirige não apenas ao conhecimento da doença mas também à pessoa do médico que forneceu o conhecimento. Este tem o papel ingrato de dar uma má notícia. Dar uma má notícia pode ser o equivalente a fazer-se rejeitar pela simples razão de que o paciente que a recebe tende a ver no mensageiro não aquele que informa mas aquele que porque diz, traz consigo a morte. Alguns doentes dizem: «Senti como se fosse uma condenação.» Foi então o médico que os condenou à morte e antes disso à marginalidade. Por isso é preciso afastá-lo e assim afastar também a doença, a marginalidade, a morte. Nenhum médico enfrenta com facilidade o momento do diagnóstico. No fundo todos sentem a incomodidade, o

dramatismo da situação. Mas não é apenas pela perturbação que vão causar no doente. É também porque a situação é perturbante para o clínico. Também este se sente um pouco como um carrasco. Um médico formou-se na ideia da cura. Como confessar a alguém a sua impotência? Como admitir a sua impotência? Como fazer que o doente a admita e mesmo assim confie e mesmo assim se confie nas mãos do médico?

Depois de ter falado comigo um doente disse-me que falar não o ajudava. Doloroso de ouvir para quem se formou na ideia de que pela palavra podia aliviar a dor psíquica. Que terei eu feito de errado? Que falta prepassou no meu discurso?

«Falar — diz-me o doente — é pensar na doença e isso custa. Melhor é não pensar, fazer de conta que ela não existe.» «Mas se eu lhe dissesse que ela não existe não ia acreditar-me» — argumento. «Não. Mas esquecia. Não me disse, não pense nisso, até é possível que não morra, ou que não lhe custe. Não me consolou.»

E eu fico a sentir-me no papel do mau águere a quem em tempos idos se cortava a língua para evitar que voltasse a trazer más notícias. É assim que o médico deve sentir-se.

Que devo então fazer? Fomentar os mecanismos de negação, tal como sugeriu este doente, ou pelo contrário procurar a verdade ajudando o doente a reconhecer o seu sentir e a dar-lhe coerência? Teoricamente a segunda hipótese é a mais útil a médio prazo mas também talvez a mais dolorosa no momento. Sabemos que aquilo que é negado não deixa de existir e que ainda que se tornasse completamente inconsciente, não deixaria de entrar em conflito com o conhecimento consciente que se lhe sobrepõe e que na verdade, é falso. A manutenção dos mecanismos de negação implica: (a) um grande esforço por parte do paciente; (b) uma torsão da realidade; (c) uma impossibilidade de adaptação e, mais tarde; (d) uma maior probabilidade de tomada de conhecimento traumática numa altura em que o estado de fragilidade orgânica implicará uma maior dificuldade de organização defensiva. Tudo isso nós sabemos, mas o sentimento é o de que o doente nos diz mais ou menos directamente «o seu trabalho não serve para nada. Nada do que faça o psicólogo ou o médico resulta.»

Ou seja: o doente impossibilita-nos a cada momento o uso da negação do nosso sentimento de impotência. Estamos então, nós e eles, perante o ardor de uma ferida narcísica que não fecha. Resta-nos a aliança que nasce do trabalho conjunto, e da compreensão, e da intimidade. É preciso buscar forças para isso. Mas para as encontrar temos de partir das nossas fraquezas. Temos de as fundar nas nossas fraquezas.

«Consgo posso falar... um psicólogo tem obrigação de compreender estas coisas...» — diz-me um paciente. E eu fico a pensar na obrigação que um psicólogo tem de compreender o que é humano, incluindo nesse humano a doença e a morte. O que nos prepara para compreender e aceitar estas coisas, a nós, que também somos humanos? A nós, que nos formámos na ideia de que a nossa compreensão cura e agora nos deparamos com uma situação que requer... alívio? O doente acrescenta após uma pausa em que me observa perscrutadoramente: «...sou muito franco. Acho que se a Dra. está a fazer este trabalho é porque escolheu, ninguém a obrigou. Mas... compreensão não se tem só com conversa. Eu não sei se a Dra. tem ou não dificuldade... Não sei se terá problemas em lidar com isto da morte...» — e fica a olhar-me. Digo-lhe que sim ou que não? Aí está o dedo posto na ferida. Não apenas na dele mas na minha. O desassombro com que fala do problema, com que abre o jogo assombra-me. Lembro-me de uns versos de Rilke: «...Assassinos são / fáceis de entender. Mas isto: conter a morte / a morte toda, ainda antes da vida, tão / docemente contê-la e não ser mau, / isto é indescritível.»

Tenho de abrir o meu jogo. Pôr todas as cartas na mesa, mesmo as fracas. Ele só pode confiar no meu desejo franco de entender. Mas outro é ainda mais directo. Põe o dedo bem no centro da ferida.

«Não falo com as pessoas porque elas não podem compreender. Não estão preparadas.» Faço apelo à transferência talvez também um pouco receosa de que exista alguma forma de desvalorização agressiva da minha função e da minha pessoa: «Acha que eu também não posso compreender, que não estou preparada?» «Muito francamente acho que não. Eu que já suspeitava que era seropositivo também verifiquei depois que não estava preparado, quando soube

o diagnóstico. Acho que nunca ninguém está preparado para pensar que vai morrer. Só quem está nessa situação é que pode compreender.» Eu sinto-o numa atitude de desafio. Fala-me com a superioridade de alguém que tenha tido uma experiência única. Ele olha a morte de frente. Fico a pensar na morte, a tentar compreender. E penso na morte dos que eu já perdi, daqueles que um dia realizei que não veria mais. A dor de os ter perdido. A morte deles. E a minha? A minha é inimaginável. Eu ainda não tenho idade para morrer... Ele menos ainda. Começo a compreender porque se sente ele tão maior do que eu. Mas trata-se de uma compreensão exterior. Como posso servir-lhe de apoio se a minha compreensão é exterior? Tento identificar-me com ele, imaginar que se trata não da morte dos outros que perdi ou dos que vou perder mas da minha. E então a angústia é enorme. Por isso nos defendemos dela. Por isso é tão difícil identificarmo-nos com quem vai morrer.

Em *Crónica de uma Morte Anunciada*, Gabriel Garcia Márquez relata o que se passa entre uma comunidade da América Latina, e Santiago Nasar, sobre quem impende uma ameaça de morte. Santiago Nasar não sabia que ia ser assassinado mas todos os outros sabiam, embora alguns achassem inacreditável.

«...Clotilde Rumenta fez-lhe ver que era verdade e pediu-lhe que fosse ter com Santiago Nasar e o avisasse.

— Olha, estás pr'aí a preocupar-te nem sei porquê — disse-lhe Pedro Vicario — Seja como for é como se já estivesse morto».

Ou seja: saber que alguém vai morrer implica frequentemente, e por defesa, uma espécie de luto antecipado. Mas mais do que isso e para não fazer o luto, implica considerá-lo como já inexistente. Isto pode impedir o estabelecimento da relação com o paciente que sabemos que vai morrer. Porque o vamos perder mas ainda por outras razões.

«...Indalecio Pardo viu Santiago Nasar quando Cristo Bedoya o levava pelo braço por entre os grupos que vinham do porto e não se atreveu a avisá-lo. 'Não tive tomates', disse».

Como se pode dizer a alguém uma verdade

tão cruel, sem suportar as consequências disso?

«As pessoas dispersavam-se a caminho da praça na mesma direcção que eles [Santiago Nasar e Cristo Bedoya]. Era uma multidão compacta, mas Escolástica Cisneros acha que viu os dois amigos caminharem pelo centro sem dificuldade, dentro de um círculo, porque as pessoas sabiam que Santiago Nasar ia morrer e não se atreviam a tocar nele. Também Cristo Bedoya recordava uma atitude diferente para com ambos. ‘Olhavam-nos como se tivéssemos a cara pintada’, disse-me. E mais: Sara Noriega abriu a loja de calçado quando eles iam a passar e espantou-se com a palidez de Santiago Nasar. Mas este tranquilizou-a.»

Três coisas chamam a atenção neste excerto. As pessoas sabiam que Santiago Nasar ia morrer e não se atreviam a tocar nele como se a morte pudesse contaminar-se. De resto Cristo Bedoya que o acompanhava estava por isso mesmo também incluído no círculo criado em volta de Nasar como se tivesse sido contaminado pela morte. Bedoya diz que as pessoas os olhavam como se estivessem marcados de um modo estranho e algo aterrador. O que não se pode compreender é aterrador.

Sara Noriega viu a palidez do rosto de Nasar, palidez mortal como se ele já estivesse morto mas depressa se agarrou á justificação que lhe permitia fazer uma negação: era da ressaca. A defesa pode ser ainda mais radical. Muitos declararam depois não ter visto Santiago Nasar.

«O juiz instrutor procurou ao menos uma pessoa que o tivesse visto e fê-lo com tanta persistência como eu, mas não encontrou nenhuma. Na folha trezentos e oitenta e dois dos autos escreveu outra nota à margem com tinta encarnada: ‘A fatalidade faz-nos invisíveis.’ O facto é que Santiago Nasar entrou pela porta principal, à vista de toda a gente, e sem fazer fosse o que fosse para não ser visto».

Não se pode ver ninguém que já se considera morto. O risco na clínica é o de não conferir uma identidade ao paciente que sabemos que vai morrer e quem não tem identidade não existe. Em suma, é preciso distanciarmo-nos de quem vai morrer como quem se distancia da morte.

O distanciamento, na clínica, pode traduzir-se numa recusa de nos identificarmos com o paciente. Sem nos identificarmos não sentimos angústia porque não reconhecemos nem a pessoa do doente nem as suas emoções. Mas só identificando-nos conseguimos compreender.

Um doente formulou a questão dizendo: «Não disse a ninguém porque não se deve falar na morte. Porque a morte é um assunto delicado. É para o próprio e para os outros. Muito delicado». «Delicado?» — interrogou. «Sim. Ninguém gosta de falar na morte. Torna-se pesada, colase».

É então como se a palavra materializasse a ideia, carregada que ela está de emoções densas. Torna-se real como se o fosse. Impera o modo de funcionamento mágico. A incompreensão, a inexplicabilidade da morte, força a uma regressão a modos de pensamento infantis. Nestes modos do pensamento existe apenas aquilo que é compreensível, concebível e verbalizável. A morte não existe, porque não existe no nosso desejo em que só se concebe eternidade.

Diz o mesmo doente: «Ah, se agora me dissessem: ‘Está curado’ ou ‘Enganámo-nos no diagnóstico, afinal não vai morrer’ não havia limitações para mim, podia fazer qualquer coisa. Tudo o que quisesse. Tudo!».

Subitamente instala-se um enganoso sentimento de triunfo. A realidade é negada assim como as limitações que existem em todos nós. Sem a sombra da morte desdobra-se perante o sujeito uma eternidade de potencialidades.

Isto prende-se com outro sentimento em relação à morte. O de que ela constitui a um tempo um limite e uma limitação.

«Um problema é eu saber que a minha vida está limitada. Há coisas que talvez não valham a pena.»

«Penso: Vou viver mais uma semana, mais um mês... Será que chego ao Natal? Para o ano... Será que chego ao ano?... Não sei...»

«Principalmente não sei quando acabo.»

Tomar consciência de que existe um limite, de que talvez não se possam realizar projectos, impede-nos de os fazer. Impede aos pacientes mas também ao clínico que se vê confinado a uma mera relação de suporte quando muitas vezes se percebe no doente potencialidades enormes de mudança interior. Mas as potencia-

lidades foram amputadas: «Isto de saber que vou morrer... é talvez como se me faltasse um membro».

E logo vem o sentimento de inferioridade mesclado de impotência: «...é que as pessoas, se ouvem, ou dizem que sim ou têm pena. Que não-de elas fazer mais?... Ninguém vai ter pena de mim que eu não quero... Eu preciso de falar... sempre me habituei a ver os outros piores do que eu e a ajudá-los. O meu companheiro é mais frágil e eu tenho de o apoiar. Mas depois eu também preciso e entro em hipoglicémia [sorri]... Mas não gosto».

O paciente passou a sentir-se como uma espécie de pobre que está perante mim de mão estendida para uma migalha de afecto e de compreensão. O receio é o de que a compreensão não seja compreensão genuína mas pena. É isso que o coloca na posição de mendigo. É necessário então jogar todas as cartas, permitir que sejam tocados todos os acordes de sensibilidade. Quando não, tudo se torna falso e consequentemente insuportável para o paciente e para nós.

Mas em certos momentos as reacções defensivas a estes sentimentos de inferioridade têm a marca do radicalismo e do triunfo.

«Contactei com outras pessoas que tinham o mesmo problema... e estavam a tentar suicidar-se ou coisa parecida... quando me puseram o problema eu disse: 'Que ridículo, que estupidez! Agora dar um tiro nos miolos por causa de uma coisa destas! Mas no fundo, eu já tinha pensado no mesmo.'» ou «eu penso que não me vou deixar chegar ao fim porque quando estiver num estado de progressão já avançada ponho fim a isto.»

É a ideia de que com o suicídio se triunfa sobre a morte. Paradoxal? De certo modo é quando se deseja eternidade. Mas subjacente está o sentimento de que se é impotente para controlar o destino. Para isso era preciso que houvesse acaso. No entanto a morte está-nos prometida e nisso não há nada de casual. Não se pode controlar a morte que é certa. Ou seja: está-se confinado entre o certo que não se pode controlar e o casual que deixou de existir. Sem acaso fecham-se os horizontes.

Em alguns o triunfo tem um traço de maior agressividade para com os outros. «Quando vou fazer análises ao sangue às vezes dá-me uma raiva enorme. De ver como aquelas pessoas

põem para lá a nossa ficha apetece-me contaminá-las com o meu sangue».

É a agressividade em relação àqueles que prestam cuidados e que supostamente estão na posição superior de quem tem aquilo que se perdeu: saúde e esperança de vida.

As últimas atitudes defensivas referidas que talvez assustem o clínico, e o vejam encarar a hipótese de insucesso do seu trabalho, tendo orientações diferentes (a primeira é um voltar da agressividade para o próprio enquanto a segunda é o orientar a agressividade para o exterior), são igualmente extremas. Por isso é preciso falar delas. Falar implica reduzir a tensão, conferir à fantasia o justo valor da fantasia e assim obstar a que ela se transforme em actuação. Mas para isso é preciso despirmo-nos de medos e preconceitos.

A dificuldade, no caso particular que abordamos, é que tudo se origina ao nível mais elementar do corpo. Esse corpo em que nós não pensamos porque nos habituámos a ele desde sempre. Ele pode ser lugar de prazer mas também de doença. No caso dos seropositivos ele passa a ser lugar de doença e á medida que esta vai progredindo o corpo transforma-se, degrada-se. Essa degradação que vem de dentro para fora, no início, é apenas imaginada. Depois mostra as suas marcas superficiais (exemplo: síndrome de Kaposi) e torna-se real. Enquanto não, é uma degradação que se teme e vigia. Teme-se uma constipação e uma pequena erupção cutânea. «Dra., acha que isto será grave ou é mesmo só uma borbulha?»

Aos olhos do imaginário a borbulha avoluma-se e torna-se chaga purulenta que todos vêm. E nós vêmo-los emagrecer, perder forças. Alguns vêm apenas para estar junto de nós, sem dizer nada. Um pouco para sentir o calor dos vivos quando a morte se adivinha. Suportar o silêncio. Esse silêncio triste em que se despedem.

«Um dia cortei-me e sangrei bastante. E fiquei um bocado em pânico, porque estava a sangrar para cima de uns livros que até nem eram meus e eu tinha de devolver. E depois para cima da roupa... Eu tinha uma mulher a dias para me lavar a roupa. Entrei um bocado em pânico. Pensei: 'Ando a contaminar isto tudo e agora as pessoas vão tocar...' Portanto na verdade eu sinto que... É horrível sentir que uma gota do seu próprio sangue, um líquido que até àquela

altura se pensou que era o símbolo da amizade, uma precisosidade, e agora passa a ser um líquido contaminado, que ninguém pode tocar. O meu espermatozóide... Portanto uma série de precisosidades nossas que passam a ser produtos de contaminação. Produtos que são perigosos para as pessoas, que ninguém pode tocar, sujos. Repugnante-me.»

A repugnância é sentida pelo próprio em relação ao seu próprio corpo. Como se ele agora fosse estranho. Tem de se conviver com esse estranho. Como é isso possível sem explicar, sem justificar, sem aplacar a perplexidade inicial.

«Porque eu sempre me considerei uma boa pessoa e digo: 'Como é que isto me foi acontecer a mim?'».

Insinua-se a ideia do castigo para a culpa. «Às vezes penso: 'Foste tu que escolheste a vida que quiseste, não és como os outros. Isto é a paga'» Paga-se então o pecado. Cumpre-se a pena. Mas qual foi o pecado?

«No fundo, sabe?, isto é um atentado.»

«Atentado?», interrogo.

«Sim, um atentado contra a natureza. Na natureza há homens e mulheres e na verdade do ponto de vista biológico por muitas vezes que a gente lhe dê, estamos concebidos para ter relações sexuais com mulheres.»

Trata-se então dum castigo para o pecado de se ter ultrapassado os desígnios da natureza. Ou então: «Cada um tem o seu vício. Eu tinha este vício das relações sexuais. Uns são os rapazes, outros os homens, eu sou as mulheres. Agora olhe!»

A sexualidade é um vício. Paga-se o pecado da carne.

Depois é preciso não espalhar o mal que se concentra no interior. A culpa alastra como se imagina que a doença pode alastrar apesar das precauções. «Lavo sempre a minha louça toda. Porque os outros não têm culpa.» Ou «Deixei de ter relações sexuais... porque não quero contaminar ninguém.»

Por vezes a atitude extrema-se: «Não falo com ninguém, nem vou a lado nenhum porque as pessoas não têm culpa e eu ia alterar-lhes o ambiente, estragar-lhes a boa disposição.»

Passa-se assim da possibilidade de contaminação orgânica para a contaminação psicológica. É preciso não contaminar os outros que se supõe frágeis e incapazes de resistir à angústia

que se sente. Por isso fazem uma avaliação constante da nossa resistência. Será que conseguimos receber as suas angústias sem sermos destruídos. Perguntam: «A Dra. tem passado bem?»

Da minha experiência, mais do que as atitudes hetero-agressivas, o que é comum é a ideia da culpa e o medo de contaminar os outros.

Claro que em muitos momentos se vive a vida. «Tudo começou a ser diferente. Agora tenho mais prazer em olhar para as árvores, ver a vida. Até em tomar uma chávena de café. Tenho de aproveitar tudo enquanto posso.»

O desejo de reparação torna-se instantâneo. «Gostava de fazer um trabalho qualquer na comunidade. Ajudar as pessoas. Enquanto puder.» Ou então a inscrever-se na transferência: «Eu colaboro consigo. Não é por mim que eu já devo ter pouco tempo. É pelos outros que vêm a seguir a mim. E também eu ajudo a sra. e a sra. também me pode ajudar a mim.»

Espero tê-lo ajudado enquanto pude. Ele ajudou-me mais do que supôs. Ele e outros que eu também já perdi. Para com todos tenho uma dívida de gratidão por me terem possibilitado um aumento dos conhecimentos científicos e clínicos. Mas acima de tudo devo-lhes um enriquecimento humano. Não podia terminar sem o exprimir.

Foram todos eles que me permitiram compreender o que espero ter conseguido comunicar. A ideia de que nenhum trabalho preventivo pode ser eficaz sem um labor interno que incida sobre o nosso íntimo.

RESUMO

A relação clínica com seropositivos levanta ao psicólogo problemas de difícil superação do ponto de vista técnico e humano que se prendem com as limitações e os sentimentos de impotência que a morte impõe. A abordagem é feita no sentido de apontar estas dificuldades e as defesas que geralmente desencadeiam.

ABSTRACT

The clinical relationship with an HIV+ person poses to the psychologist problems of difficult superation from both technical and human point of view. The perspective of death imposes itself and brings limitations and feelings of impotence. These difficulties are pointed up so as the defenses that are activated.